

Anexo 1

COMITÉ PROVINCIAL DE BIOÉTICA

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REGISTRO PROVINCIAL COMITÉS DE ÉTICA de INVESTIGACIÓN (D)

NOTA: El presente formulario tiene carácter de declaración jurada. Los datos deben ser completados en letra imprenta no manuscrita.

Fecha: _____

a. DATOS de la INSTITUCIÓN/EFECTOR DE SALUD:

- a.1. Nombre de la Institución: _____
a.2. Dirección postal: _____
a.3. Nombre del Director: _____
a.4. Teléfono/Fax: _____
a.5. Correo electrónico: _____

b. DATOS de los integrantes del COMITÉ DE ÉTICA en INVESTIGACIÓN:

Nombre completo del Integrante	Profesión/Ocupación	Relación con la Institución

- c. Año de inicio de funcionamiento/creación del CEI: _____

d. Actuaciones del CEI:

- Numero de Protocolos Revisados: _____
- Numero de Protocolos Observados: _____
- Numero de Protocolos Rechazados: _____

e. Requerimientos para el Funcionamiento del CEI:

Requerimiento	SI	NO
Libro de Actas		
POE		
PC/Internet		
Secretaria		
Sala de Reuniones		
Archivo de Protocolos		

f. Recursos Económicos / Fuente de Financiamiento del CEI:

Especificar: _____

g. Datos de Contacto para la Atención al Público:

Nombre de Contacto	Días de Atención	Horario	Teléfono	Mail

h. Nombre Completo del Presidente del CEI:

Firma: _____

i. Nombre Completo del Director de la Institución:

Firma: _____

Recepción Comité Provincial de Bioética

.....

Firma

.....

Aclaración

.....

Fecha